



клінічних симптомів, так і у відсутності рецидивів у віддаленому періоді, що підтверджувалось стійкою нормалізацією параметрів як місцевого, так і системного імунітету.

Ковтюк Н.І.

РОЗЛАДИ СНУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Повноцінний сон дитини забезпечує можливість оптимального росту та розвитку дитини та відіграє важливу роль у формуванні показників здоров'я. Дисфункції сну у дітей дають ряд соматичних і поведінкових проявів, що негативно впливають на здоров'я зокрема і погіршують якість життя в цілому. У школярів «денними» наслідками порушення сну є погіршення успішності, неухважність, гіперактивність або дрімота в положенні сидячи днем. При сформованому монофазному сну відбуваються більш інтенсивно процеси росту та розвитку організму дитини.

Нами було обстежено 160 здорових дітей шкільного віку. Використовували дескриптивний дизайн дослідження із одномоментним зрізом для формування вибірки. Проводилося ретестування частини дітей з проміжком в 1-2 тижні. Середній вік пацієнтів у вибірці склав 12,5 роки. Оцінювали фізичне функціонування, поведінку дитини, психоемоційне функціонування, родинну активність. Статистичну обробку результатів проводили за стандартними методами варіаційної статистики та кореляційного аналізу.

Аналіз особливостей сну показав - 86,9 % лягає спати в проміжку між 21 і 23 годиною. Прокидаються вранці найчастіше о 7.00 (57,4 %). Тривалість нічного сну в середньому складає $9,26 \pm 0,14$ години. В той же час, 44,6% дітей сплять вдень, в середньому $1,9 \pm 0,15$ години. Використана нами методологія співпадає із загальноприйнятою міжнародною, а отримані результати легко порівнюються із літературними даними.

Було зареєстровано цілий ряд проблем зі сном. Якщо 72 % дітей засинали самостійно впродовж короткого часу (до 15 хвилин - 57,7 %) і спали спокійно всю ніч (64 %), то 24,4 % мали проблеми із засинанням. У 27,0 % цей процес займав від 30 хвилин до однієї години. Неспокійний сон відмічено у (39,6 %), більшість дітей мала активні рухи тулубом або кінцівками (29,3 %), що приводило до скидування з себе ковдри (28,8 %), 10,6 % дітей прокидалися, плакали або розмовляли вночі. Цікавим був аналіз взаємозв'язків окремих показників сну між собою та з іншими показниками. Час засинання дитини виявився найбільш важливим показником якості сну дитини. Саме він найбільше корелює із спокійним нічним сном без порушень ($r=0,40$, $p<0,01$), із самооцінкою якості сну і відчуттям бадьорості вдень ($r=0,40$, $p<0,01$), із працездатністю дитини ($r=0,36$, $p<0,01$).

Як видно із вищенаведеного, діти шкільного віку мають суттєві порушення сну. Тому, під час діагностично-лікувального процесу увага лікаря повинна бути направлена не тільки на забезпечення об'єктивних діагностичних та лікувальних можливостей, але й на підвищення параметрів якості життя. Це дозволить уникнути значної соціальної дезадаптації у майбутньому.

Крецу Н.М.

РОЛЬ АПОПТОЗУ У ПЕРЕБІГУ СЕПСИСУ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Проблема неонатального сепсису є однією з провідних тем сучасної неонатології. Це зумовлено постійною зміною етіологічної структури та біологічних особливостей збудників, підходами до надання медичної допомоги новонародженим, неспецифічністю ранніх клінічних проявів інфекцій, обмеженими можливостями бактеріологічного обстеження, недостатнім матеріально-технічним забезпеченням, а також застарілими підходами до профілактики, діагностики та лікування. Критичні стани новонароджених, включаючи сепсис, часто супроводжуються розвитком поліорганної недостатності, яка пов'язана з загибеллю клітин паренхіматозних та непаренхіматозних органів. Клінічні та експериментальні спостереження дозволяють припустити, що важливу роль в механізмі поліорганної невідповідності відіграє «програмована загибель» клітин шляхом апоптозу. Під апоптоз розуміють енергетично-залежний процес, керований генетичною програмою, у результаті якого відбувається фрагментація ДНК та клітина фрагментується на невеличкі апоптичні тілця (Nagata S., 1997).

Метою проведеного огляду є вивчення особливостей клітинної загибелі шляхом апоптозу та визначення діагностичної цінності плазматичних маркерів апоптозу (ФНП- α , sFas/sFasL-система, p53 і bcl-2) в ранній діагностиці неонатального сепсису.

Нещодавно встановлено, що апоптоз відіграє критичну роль при окремих серцево-судинних захворюваннях. Довгий час вважалося, що такі високодиференційовані клітини, як кардіоміоцити, не гинуть у результаті апоптозу. І лише останніми роками в експериментальних роботах показано, що кардіоміоцити підлягають апоптозу під впливом ішемії, імунного запалення та токсичних факторів. Такий шлях загибелі клітин являється домінуючим при кардіоміопатіях у новонароджених і полягає в посиленні мітохондріального шляху його розвитку. Дані літератури свідчать, що апоптоз можна розглядати як основний механізм загибелі кардіоміоцитів при ішемічно-реперфузійному ураженні серця і подальшій серцевій недостатності у